

| CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)<br>Acte de décès (D'Outre-Mer)  |   |  |   |  |  |
|---|---|--|---|--|--|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle)<br>Nom du décédé (Nom et prénoms)  |   | GRADE Grade<br>CIV   | BRANCH OF SERVICE<br>Arme   | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale  |  |
| ORGANIZATION Organisation<br>AFGHANISTAN CIVILIAN   |   | NATION (e.g., United States)<br>Pays<br>AFGHANISTAN                              | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance  | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin |  |
| RACE Race   |   | MARITAL STATUS État Civil  |   | RELIGION Culte   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique  |   | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire                                      |   | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant   |  |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Négritude  |   | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié   |   | <input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique   |  |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify)<br>Autre (Spécifier)   |   | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé  |   | <input checked="" type="checkbox"/> UNKNOWN  |  |
| <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf   |   | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé  |   | <input type="checkbox"/> JEWISH Juif   |  |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent   |   | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit                        |   |  |  |
| STREET ADDRESS Domicile à l'adresse   |   | CITY OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)            |   |  |  |
| MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale  |   |  |   |  |  |
| CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)  |   |  |   |  | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH<br>Maladie ou condition directement responsable de la mort   |   |  |   |  | MULTIPLE BLUNT FORCE INJURIES COMPLICATED BY PROBABLE RHABDOMYOLYSIS       |
| ANTECEDENT CAUSES   | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire            |  |   |  |  |
| Symptoms precursors de la mort  | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |  |   |  |  |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives <sup>2</sup>  |   |  |   |  |  |
| MODE OF DEATH<br>Condition de décès   | AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non              |  | CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |  |  |
| NATURAL<br>Mort naturelle   | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie   |  |   |  |  |
| ACCIDENT<br>Mort accidentelle   |   |  |   |  |  |
| SUICIDE<br>Suicide  | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>LTC(P), USA, MC  |  |   |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide  | DATE Date<br>13 NOV 2003  |  | AVIATION ACCIDENT Accident à Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non       |  |  |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>1430, 6 NOV 2003  |   | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>HELMAND PROVINCE, AFGHANISTAN                    |   |  |  |
| I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.<br>J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus   |   |  |   |  |  |
| NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire<br>LTC(P), USA, MC   |   | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER       |   |  |  |
| GRADE Grade<br>LTC(P) / O-5   |   | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN |   |  |  |
| DATE Date<br>13 NOV 2003  |   |  |   |  |  |
| <sup>1</sup> Only disease, injury or complication which<br><sup>2</sup> Enter conditions contributing to the death.<br><sup>3</sup> Specify in nature of the condition, of the disease or of the complication which contributed to the death, but not the nature of the disease, etc.<br><sup>4</sup> Specify the condition which contributed to the death, but not the nature of the disease, etc. |   |  |   |  |  |

DD FORM 2064, APR 1977

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 1972 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 1975, WHICH ARE OBSOLETE.

USAPA V.1.00